



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

Psychotherapie bei Schwindel: Erklärungsmodell und Fallbeispiel

Rufer, M

Abstract: Psychotherapy in case of dizziness: explanatory model and case report The traditional discrimination between organic and psychogenic dizziness fails to capture the complex relationships between neurologic, otologic, and psychiatric factors in patients suffering from long-standing dizziness. After an introduction, this case report presents and discusses the cognitive-behavioural treatment of a 29-year-old patient with frequent dizziness attacks without avoidance behaviour. The diagnostic model was based on both somatic and psychic components. This enabled the patient, who kept assuming an overlooked organic pathology, to understand the potential helpfulness of a psychotherapeutic treatment. The treatment plan was derived from an individual case formulation in order to consider the potential causal, developmental, and maintenance factors of the symptomatology.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-55013>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Rufer, M (2011). Psychotherapie bei Schwindel: Erklärungsmodell und Fallbeispiel. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 162(8):318-321.

Psychotherapie bei Schwindel: Erklärungsmodell und Fallbeispiel

Michael Rufer

Department of Psychiatry and Psychotherapy, UniversityHospital Zürich, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Psychotherapy in case of dizziness: explanatory model and case report

The traditional discrimination between organic and psychogenic dizziness fails to capture the complex relationships between neurologic, otologic, and psychiatric factors in patients suffering from long-standing dizziness. After an introduction, this case report presents and discusses the cognitive-behavioural treatment of a 29-year-old patient with frequent dizziness attacks without avoidance behaviour. The diagnostic model was based on both somatic and psychic components. This enabled the patient, who kept assuming an overlooked organic pathology, to understand the potential helpfulness of a psychotherapeutic treatment. The treatment plan was derived from an individual case formulation in order to consider the potential causal, developmental, and maintenance factors of the symptomatology.

Key words: dizziness; psychotherapy; cognitive-behavioral therapy; alexithymia; panic disorder; vestibular migraine

Voraussetzung für die weiterführende Therapieplanung die oftmals grösste Herausforderung für eine gelungene Behandlung. Das aus der Praxis heraus entwickelte Modell der Schwindelspektrumsstörungen kann als Basis hierfür dienen (Abb. 1): Eine Einteilung in «entweder psychisch oder organisch» ist bei diesem nicht notwendig und es liefert sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten einen plausiblen Ausgangspunkt für die Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells, in dem sowohl somatische als auch psychische Anteile für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schwindels verantwortlich sind. Es zeigt ausserdem, dass die häufig benutzte Bezeichnung «phobischer Schwankschwindel» für angstbedingte Schwindelsymptome missverständlich ist, da auch nicht-phobische Angsterkrankungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung) durch Schwindelsymptome gekennzeichnet sein können.

Einleitung

Die klassische Trennung zwischen körperlichen und psychogenen Schwindelsymptomen ist heutzutage weder medizinisch gerechtfertigt noch nutzbringend. Jeder andauernde Schwindel hat zentral-vestibuläre (Neurologie), peripher-vestibuläre (Otologie) und psychogene (Psychiatrie) Facetten [1]. Finden sich Zeichen einer zentralen oder vestibulären Störung, heisst das nicht, dass psychische Faktoren nicht die Hauptursache der Schwindelsymptomatik sein können. Und umgekehrt: Auch bei sehr auffälligen psychischen Befunden können somatische Ursachen für die Schwindelsymptomatik verantwortlich sein. Hinzu kommt, dass sich die Symptomkomplexe der verschiedenen Fachdisziplinen gegenseitig beeinflussen, organische Schwindelerkrankungen beispielsweise sekundäre psychisch bedingte Schwindelsyndrome nach sich ziehen [2].

Für die Psychotherapie des anhaltenden Schwindels spielt diese komplexe diagnostische Thematik eine entscheidende Rolle. Wie das folgende Fallbeispiel zeigt, ist die Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells als

Fallbeispiel

Entwicklung der aktuellen Symptomatik

Der verheiratete 29-jährige Herr L. war äusserst skeptisch, ob ihm das Gespräch beim Psychiater etwas bringen würde. Bei ihm sei «psychisch alles in Ordnung», er sei vor 14 Monaten Vater eines gesunden Sohnes geworden, seine Frau und er seien glücklich darüber.

Wie aus heiterem Himmel traten vor einem Jahr heftige, massive Drehschwindelattacken auf, begleitet von Übelkeit und Erbrechen. Angst empfand er dabei nicht, zitterte aber am ganzen Körper und schwitzte, wie ihm seine Frau später berichtete. Er suchte eine Notfallstation auf; dort wurde ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel diagnostiziert. Nach einigen Lagerungsmanövern ging es ihm deutlich besser. Er zweifelte dennoch daran, ob dies wirklich die alleinige Ursache war, und fragte sich, ob nicht noch eine andere Erkrankung vorliege. Er erinnerte sich an die Krebserkrankung seines Vaters, welche längere Zeit nicht entdeckt worden war und an der dieser schliesslich verstarb, als er selbst neun Jahre alt war. Seine Mutter sprach mit ihm kaum über den Tod des Vaters, ging stattdessen schnell zur Tagesordnung über.

Drei Monate nach den Drehschwindelattacken kam es abends zu einem erneuten Schwindelanfall. Genauso plötzlich wie damals, aber diffuser, eher ein Schwanken als ein Drehen, für 15 Minuten stark anhaltend und dann nicht vollständig abklingend. Zittern und Schwitzen bestanden erneut, zusätzlich stellte er auch ein Herzrasen fest, so dass

Korrespondenz:

Michael Rufer, MD

Department of Psychiatry and Psychotherapy, UniversityHospital Zürich

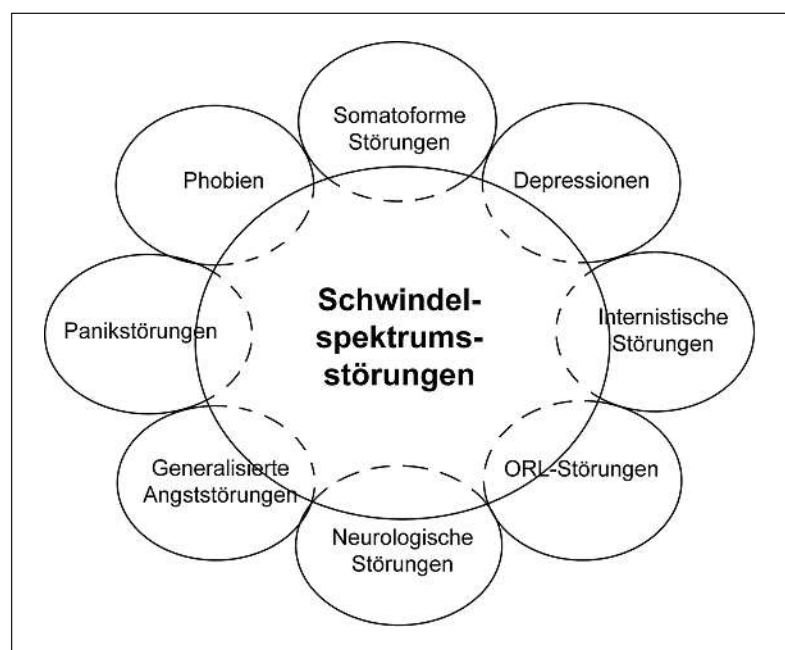
Culmannstrasse 8

CH-8091 Zürich

Switzerland

michael.rufer[at]usz.ch

Abbildung 1 Modell der Schwindelspektrumsstörungen, mit durchlässigen Grenzen zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen.



er an einen Herzinfarkt dachte. Diesmal konnte ihm auf der Notfallstation keine Ursache mitgeteilt werden, ihm wurde zu einer ambulanten somatischen Abklärung geraten. Die nachfolgenden Untersuchungen beim Hausarzt, Neurologen, Internisten und ORL-Arzt ergaben keine erklärenden pathologischen Befunde. Man vermutete eine vestibuläre Migräne und verschrieb einen Betablocker.

Die Schwindelattacken traten in der Folge mehrfach pro Woche auf, oft aus der Ruhe heraus, ohne klare Auslöser. Sie dauerten häufig etwa 20 Minuten, manchmal aber auch mehrere Stunden. Nachdem Herr L. deswegen über drei Monate lang nicht arbeitsfähig war, riet ihm der Hausarzt zu einem Termin bei einem Psychiater. Dies lehnte der Patient anfänglich ab, und erst als er darüber informiert wurde (und selbst im Internet recherchierte), dass es sich um eine spezifische «Schwindelsprechstunde» handle, bei der auch Besprechungen zusammen mit Somatikern stattfinden, willigte er ein.

Psychischer Befund

Der psychische Befund war nahezu unauffällig, insbesondere ergaben sich keine Hinweise auf depressive Symptomatik, Suizidalität oder psychotisches Erleben. Lediglich die folgenden Aspekte fielen auf, und zwar umso deutlicher, je länger das Gespräch dauerte: Zum einen blieben die Schilderungen des Patienten monoton, faktenorientiert und farblos, er stellte kaum Bezüge zu affektiven Aspekten her und beantwortete Fragen zu Gefühlen hilflos mit «wie immer» oder «ganz normal». Zum anderen bestanden eine ausgeprägte, besorgte Selbstbeobachtung in Bezug auf Schwindelsymptome und generell ein hohes Kontrollbedürfnis.

Lebensgeschichtlicher Hintergrund

Herr L. wuchs als Einzelkind auf, beide Eltern gingen einer Erwerbsarbeit nach, praktische Überlegungen und Abläufe dominierten den Alltag. Gefühle wurden wenig gezeigt und spielten auch keine grosse Rolle in Gesprächen. Das Motto der Eltern war, dass man mit «Konsequenz und Durchhaltevermögen» fast alle Probleme lösen könne.

Kontakte zu anderen Kindern hatte er wenig, in der Schulzeit nur zwei Freunde, mit denen er gerne Sport machte. Oft fühlte sich alleine gelassen und «nirgendwo dazugehörig». Mit 18 Jahren lernte er seine erste feste Freundin beim Sport kennen, sie wurde später seine Frau.

Seine aktuelle berufliche Tätigkeit als Schreiner macht er gerne und arbeitet viel, um voranzukommen. Der vor 14 Monaten geborene Sohn ist ein Wunschkind, er sei «glücklich, nun eine richtige Familie zu haben». Er wolle alles tun, um seinem Sohn ein guter Vater zu sein. Es bestehen kaum soziale Kontakte ausserhalb der Familie, er hat häufig den Eindruck, dass andere Menschen ihn langweilig finden.

Individuelles Erklärungsmodell

Die ersten Schwindelattacken fielen in eine Zeit, in welcher Herr L. sehr gefordert war durch die kürzliche Geburt seines Sohnes, die neue Rolle als Vater und seine hohen Anforderungen an sich selbst. Aufgrund seiner Schilderungen lässt sich vermuten, dass er durch die Geburt seines Sohnes erstmals ein Gefühl von «Familie» und «Zugehörigkeit» empfand, das er als Kind immer vermisst hatte.

Der plötzlich auftretende unkontrollierbare Schwindel verunsicherte ihn, einen sonst sehr kontrollierten Menschen, massiv und er erlebte, dass sein gerade gewonnenes «Familienglück» von einem Tag auf den anderen zerstört werden könnte. Auch wenn sich diese Symptomatik dann als ein harmloser Lagerungsschwindel herausstellte, wirkte die Verunsicherung nach und führte zu einer besorgten Selbstbeobachtung. In Kombination mit einer möglichen Migräne kam es nach einiger Zeit zu einer erneuten Schwindelattacke. Diese löste erneute Befürchtungen und Selbstbeobachtungen aus, welche dann die wiederkehrenden Schwindelattacken triggerten.

Auch eine vom Patienten vermutete, mit den heutigen technischen Möglichkeiten nicht nachweisbare organische Pathologie (z.B. ein «überempfindliches Gleichgewichtsorgan») ging als mögliche Mitursache in das gemeinsam erarbeitete Erklärungsmodell ein. Gleichzeitig wurde aber festgehalten, dass zumindest eine schwere bzw. gefährliche Erkrankung durch die vielfachen Abklärungen ausgeschlossen werden konnte. Der Patient konnte dies so akzeptieren, bestand aber auf einer späteren neurologischen Verlaufuntersuchung, um ganz sicher zu sein.

Für das Erklärungsmodell und die Therapie war darüber hinaus relevant, dass der Patient keine Gefühle von Angst schilderte und generell wenig Zugang zu seinen Gefühlen hatte. Als Kind hatte er von den Eltern nicht lernen können, Gefühle differenziert wahrzunehmen und auszudrücken, und damit fehlte ihm in späteren Zeiten ein wichtiges Mittel, um mit psychisch belastenden Situationen umzugehen.

Seine Überforderung drückte sich daher vor allem in körperlichen Symptomen aus, die zwar typisch für Angstzustände waren (Herzklopfen, Zittern, Schwindel, Schwitzen), aber ohne das Gefühl der Angst auftraten. Es waren «Panikattacken ohne Panik», mit Schwindel als Angstäquivalent. Wie die Schwindelattacken des Patienten klingen auch Panikattacken oft nach 20 Minuten ab, können aber in mittlerer Stärke auch über Stunden andauern, wenn die auftretenden Gefühle nicht zugelassen werden (z.B. aus Angst vor Kontrollverlust).

Mit diesem Erklärungsmodell konnte dem Patienten unabhängig von der Festlegung, ob die Symptomatik somatisch oder psychisch bedingt war, der Nutzen einer psychotherapeutischen Behandlung verständlich gemacht werden. Falsch (im Sinne eines «psychotherapeutischen Kunstfehlers») wäre es hingegen gewesen, eine «geringe Einsicht in psychologische Ursachen» oder eine «ambivalente Motivation» zu problematisieren und den Patient damit zu «konfrontieren», dass seine Symptomatik nicht somatisch erklärbar sei und von daher psychisch bedingt sein müsse. Der Patient hätte sich nicht verstanden gefühlt («denkt der Arzt denn, ich bilde mir die Symptome nur ein?») und die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs wäre gross gewesen.

Entsprechend der deskriptiven Klassifikation nach ICD-10 wurden die Verdachtsdiagnosen einer Panikstörung (ohne Agoraphobie) und einer vestibulären Migräne gestellt.

Therapie

Der Patient wurde in der Folge kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelt, mit einem ähnlichen Vorgehen wie bei «klassischen» Panikstörungen [3], wobei die spezifischen Besonderheiten des Symptoms Schwindel berücksichtigt wurden. Er las im Rahmen der initialen psychoedukativen Sitzungen einen therapiebegleitenden Ratgeber für Angststörungen [4] und war überrascht, dass er viele seiner Symptome bei der Beschreibung der Panikstörung entdeckte, wenn er das Wort «Panik» jeweils durch «Schwindel» ersetzte. Dies erweiterte sein somatisches Krankheitsmodell in Richtung eines psychophysiologischen Erklärungsmodells, auch wenn er weiter skeptisch blieb, ob nicht doch eine unentdeckte organische Ursache dahintersteünde.

Ein entscheidender Therapiebaustein waren drei Expositionen *in vivo* mit Hyperventilation und Drehstuhl. Das Erleben, dass alle seine Symptome durch diese Übungen provoziert und mit therapeutischer Anleitung bewältigt werden konnten, gab ihm zum einen das Gefühl von Kontrolle zurück, und zum anderen war es für ihn ein Beleg dafür, dass keine somatische Erkrankung dahinter stehen müsse. Der Therapeut unterstützte den Patienten während der Exposition dabei, Worte für seine Gefühle zu finden, sie in ihrer Intensität einzuschätzen und von Gedanken und Körpersymptomen zu differenzieren.

Im zweiten Teil der Therapie lag der Fokus auf einer generellen Verbesserung seiner Gefühlswahrnehmung und -kommunikation, der Relativierung seiner überaus hohen Ansprüche an sich selbst und der Auseinandersetzung mit

dem Tod seines Vaters, den er nie verarbeitet hatte. Diese therapeutische Arbeit an den möglichen Entstehungsbedingungen hatte das Ziel, eine auch langfristige Reduktion der Schwindelsymptome zu bewirken.

Insgesamt fanden 33 Sitzungen statt, die ersten 24 etwa wöchentlich, die nachfolgenden in 2- bis 4-wöchentlichen Abständen. Eine zusätzliche Psychopharmako- oder Physiotherapie, welche im Rahmen von multimodalen Behandlungen von Schwindel eine wichtige Rolle spielen, war nicht notwendig. Die Behandlung dauerte insgesamt knapp ein Jahr und bewirkte eine nahezu vollständige Remission mit erheblich verbessertem generellem Wohlbefinden und einer Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit. Es traten nur noch selten leichte Schwindelsymptome auf, und der Patient lernte damit umzugehen, indem er sie als Warnsignale für eine Überforderung bewertete und Gegenmassnahmen ergriff. Zum Beispiel achtete er dann verstärkt auf ausgleichende Aktivitäten und hinterfragte seine eigenen Anforderungen an sich selbst. Auch die alexithymen Charakteristika, insbesondere die Schwierigkeiten, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu benennen, besserten sich erheblich, sowohl klinisch als auch psychometrisch (gemessen mit der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala [5]). Eine erneute Kontrolle beim Neurologen, auf der er zu Beginn der Therapie mehrfach bestanden hatte, fand er jetzt nicht mehr notwendig. Den Betablocker hatte er aus eigener Initiative inzwischen abgesetzt. Beim 2-Jahres-Follow-up bestanden keinerlei Beschwerden mehr.

Diskussion

In der Praxis ergibt sich häufig das Problem, dass sich das als physisch erlebte Symptom Schwindel somatisch zwar nicht ausreichend erklären lässt, die Einschätzung als «psychogen» beim Patienten aber (in dieser Einseitigkeit durchaus zu Recht) auf Ablehnung stösst. Der Versuch, den Schwindel als entweder somatisch oder psychisch einzuordnen, wird dem komplexen Beschwerdebild nicht gerecht. Das Fallbeispiel zeigt, dass die Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells entscheidend ist, welches sowohl psychische als auch somatische Aspekte beinhaltet. Häufig wird dies zumindest anfangs eher ein «somatopsychisches» als ein «psychosomatisches» Modell sein. Die Bewertung des Einflusses der verschiedenen ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen kann sich im Verlauf der Therapie durchaus ändern, wie auch das Fallbeispiel zeigt: Ohne dass die mögliche organische Komponente von therapeutischer Seite in Zweifel gezogen wurde, verlor für den Patienten die Suche nach der unentdeckten somatischen Erklärung im Verlauf zunehmend an Bedeutung. Im Rahmen der Therapie fand er immer mehr Anhaltspunkte dafür, dass psychologische Faktoren eine entscheidende Rolle spielten. Insbesondere die spezifisch auf die Schwindelsymptome ausgerichteten Expositionsübungen (Hyperventilation, Drehstuhl) bewirkten neue emotionale Erfahrungen, durch welche sich seine anfängliche Bewertung des Schwindels («ich kann den Schwindel nicht kontrollieren und er bedeutet, dass ich körperlich krank bin») entscheidend veränderte («ich kann den Schwindel gezielt hervorrufen und bewäl-

tigen, er muss nicht ein Ausdruck einer körperlichen Erkrankung sein»).

Die ausgeprägten alexithymen Merkmale des Patienten, insbesondere seine verminderte Fähigkeit, eigene Gefühle zu identifizieren und kommunizieren, finden sich häufig bei Patienten mit andauerndem Schwindel und auch bei anderen psychosomatischen Erkrankungen [6]. Das Alexithymie-Konzept hat in den letzten Jahren eine rasante Weiterentwicklung erfahren und gilt inzwischen als wichtiger Bestandteil einer mehrdimensionalen psychosomatischen Sichtweise [7]. Die Alexithymie wird heute überwiegend als Emotionsregulationsstörung angesehen, welche einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung von psychosomatischen Symptomen darstellt [8]. Eine Übersichtsarbeit des Autors zum Thema «Alexithymie und Psychotherapie» wird demnächst in dieser Zeitschrift veröffentlicht. Der traditionell für alexithyme Patienten postulierte Psychotherapiepessimismus ist nicht gerechtfertigt. Empirische Studien konnten zeigen, dass sich alexithyme Merkmale während erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlungen zurückbilden und kein Hinderungsgrund für eine erfolgreiche Psychotherapie sind [9]. Die therapeutische Vorgehensweise muss allerdings auf die Alexithymie-typischen Schwierigkeiten der Patienten abgestimmt werden [10]. Im hier beschriebenen Fallbeispiel geschah dies durch eine gezielte Förde-

rung des Wahrnehmens, Beschreibens und Differenzierens von Gefühlen während der Exposition sowie nachfolgend durch entsprechende Selbstbeobachtungen und Übungen in alltäglichen Situationen.

Literatur

- 1 Hegemann S, Rufer M, Straumann D. Schwindel und Gleichgewichtsstörungen als interdisziplinäre Herausforderung. *Neurology.ch*. 2006;3: 1–4.
- 2 Eckhardt-Henn A, Tschann R, Best C, Dieterich M. Somatoforme Schwindelsyndrome. *Nervenarzt*. 2009;80:909–17.
- 3 Alsleben H, Weiss A, Rufer M. Psychoedukation Angst- und Panikstörungen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Elsevier Urban & Fischer; 2004.
- 4 Rufer M, Alsleben H, Weiss A. Stärker als die Angst. Ein Ratgeber für Menschen mit Angst- und Panikstörungen. Bern: Huber; 2010.
- 5 Bach M, Bach D, de Zwaan M, Serim M, Böhmer F. Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1996;46:23–8.
- 6 Grabe HJ, Rufer M. Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber; 2009.
- 7 von Rad M. Alexithymie – eine Wiederkehr des Verdrängten. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2002;52:447–8.
- 8 Franz M, Popp K, Schaefer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, et al. Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:54–62.
- 9 Rufer M, Albrecht R, Zaum J, Schnyder U, Mueller-Pfeiffer C, Hand I, et al. Impact of alexithymia on treatment outcome: a naturalistic study of short-term cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Psychopathology*. 2010;43:170–9.
- 10 Rufer M, Jenewein J. Alexithymie und Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*. 2009;8:34–46.